

가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 의료 증명서

A. 신청자/수혜자 정보 (카운티 작성란)

신청자/수혜자 이름:	생년월일:
주소:	
해당 카운티:	수혜자 케이스 번호:
IHSS 담당워커 이름:	
IHSS 담당워커 전화#:	IHSS 담당워커 팩스 #:

B. 의료 정보 양도에 대한 승인 (신청자/수혜자 작성란)

본인, _____ 는/은, 가사 관련 서비스 및/또는 개인 간호 서비스에
(인쇄체 이름)

대한 본인의 필요에 관련된 한 본인의 신체적 및/또는 정신적 건강 상태와 관련된 의료 정보를 가내 지원 서비스 프로그램에 양도하는 것을 승인합니다.

서명: _____ 날짜: ____ / ____ / ____
(신청자/수혜자 또는 법적 후견인/보호자)

증인(만일 개인이 "X"로 서명한 경우): _____ 날짜: ____ / ____ / ____

수신인: 면허증이 있는 의료 전문가* -

위에 언급한 개인은 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램으로부터 서비스를 신청했거나 현재 서비스를 받고 있습니다. 주법에서는 IHSS 서비스가 승인 또는 지속되려면 면허증이 있는 의료 전문가가 위의 개인이 일상 생활 중 일부 활동을 스스로 수행할 수 없고 IHSS가 없으면 그 개인이 가정 외 간호에 배치될 위험에 놓일 수 있다고 말해주는 의료 증명서를 제공하도록 요구합니다. 이 의료 증명서를 작성하여 위에 기재된 IHSS 담당워커에게 돌려 보내주시요. IHSS 담당워커는 그 개인의 현재 상태 및 IHSS 서비스가 제공되지 않을 경우 그의/그녀의 가정 외부 시설 간호의 필요성을 평가하는 데 제공된 정보를 사용할 것입니다. IHSS 담당워커는 서비스 및 서비스 시간 승인에 대한 책임이 있습니다. 이 양식에 제공된 정보는 서비스의 필요성에 대한 한 요인으로 간주될 것이며 IHSS에 대한 결정을 내리기 위해 모든 관련된 문서를 고려해 볼 것입니다.

IHSS는 가정 외 간호에 배치될 큰 위험에 놓인 고령자, 장애인, 및 시각 장애인이 가사 관련 서비스 및 개인 간호 서비스를 제공받음으로써 그들이 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 고안된 프로그램입니다. IHSS 서비스는 다음과 같은 것을 포함합니다: 가사, 식사 준비, 설거지, 일상적인 세탁, 식품 또는 다른 생필품 구입, 호흡 보조, 대소변 관리, 음식 시중, 침상 목욕, 옷 입히기, 생리 관리, 보행 보조, 이동, 목욕 및 몸단장, 피부 마사지 및 몸 위치 바꾸기, 보철기 관리/사용 보조, 의료 약속/대체 자원 센터 동행, 마당 위험물 제거, 대청소, 보호 감독 (자기 지향적이지 못한, 식별 능력이 없는, 정신 장애 또는 정신병이 있는 개인의 행동 관찰 및 부상, 위험 또는 사고로부터 수혜자를 보호하기 위한 적절한 개입), 및 구급 치료 (개인이 기능적 제한을 갖고 있지 않다면 그/그녀가 정상적으로 수행할 수 있는 그리고 그의/그녀의 신체적인 또는 정신적인 상태 때문에 그의/그녀의 건강 유지에 필요한 약물 관리, 주사 놓기 등과 같이 면허증이 있는 의료 전문가로부터 받은 훈련을 기반으로 판단을 요구하는 활동들). IHSS 프로그램은 위에 기재된 서비스에 대해 실습 또는 구두 지원 (상기시키거나 즉석 지시)을 제공합니다.

*면허증이 있는 의료 전문인은 해당 캘리포니아 통제 당국에 의해 캘리포니아에서 면허를 받은, 그의 또는 그녀의 면허 또는 사업 및 직업 법에서 정의한 면허증 또는 자격증 범위 내에서 행하는 개인을 의미합니다. 이들은 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다: 의사, 의사 보조사, 지역 센터 임상의 또는 임상의 지도주임, 직업 치료사, 물리 치료사, 정신과의사, 심리학자, 검안사, 안과 의사, 및 공중 보건 간호사.

가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 의료 증명서

신청자/수혜자 이름:	IHSS 케이스 #:
-------------	-------------

C. 의료 정보 (의료 전문인 작성)

주의: IHSS 자격 조건으로 1 번과 2 번 (그리고 해당한다면 3 번과 4 번) 항목을 작성해야 합니다.

1. 이 사람은 일상생활 중 하나 이상의 활동 (예를 들면 식사, 목욕, 옷 입기, 화장실 사용, 보행 등) 또는 일상 생활 중 중요한 활동 (예를 들면 가사, 음식준비, 식품 구입 등)을 스스로 수행할 수 없습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2. 당신의 의견으로는 가정 외 간호의 필요성을 방지하기 위해 한 가지 이상의 IHSS 서비스를 (1 페이지의 HISS 서비스 설명 참조) 권합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

만일 질문 1 번 또는 2 번에 대해 “아니오”로 답한다면, 아래 질문 3 번과 4 번은 생략하고 이 양식 아래에 있는 D 파트의 확인란을 포함한 이 양식의 나머지 부분을 작성하십시오.

만일 질문 1 번과 2 번 모두 “예”로 답한다면, 아래 질문 3 번과 4 번에 대해서도 답하고 이 양식 아래에 있는 D 파트의 확인란을 작성하십시오.

3. 이 개인이 IHSS 프로그램의 보조가 필요하게 된, 또는 필요한 원인이 된 모든 신체적 및/또는 정신적 상태 또는 기능적 제한에 대해 설명해 주십시오:

4. 이 개인의 상태 또는 기능적 제한이 최소 12 개월 연속으로 지속될 것을 예상하거나 12 개월 이내 사망하게 될 것으로 예상하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
---	---

이 개인의 자격을 결정하는데 IHSS 담당워커에게 더 도움이 될 수 있도록 당신이 할 수 있는 범위 내에서 항목 5-8 번까지 작성하십시오.

5. 당신이 이 개인에게 제공하는 서비스 유형에 대해 설명하십시오. (예를 들면 치료, 간호, 퇴원 계획 등):

6. 얼마 동안 이 개인에게 서비스를 제공했습니까?

7. 이 개인과 접촉한 빈도에 대해 설명하십시오. (예를 들면 매월, 매년 등):

8. 당신이 이 개인에게 마지막으로 서비스를 제공한 날짜를 말해 주십시오: _____ / _____ / _____

주의: IHSS 담당워커가 추가 정보를 위해 또는 당신이 위에 제공한 답을 명확히 하기 위해 당신에게 연락할 수 있습니다.

D. 면허증이 있는 의료 전문인 확인서

이 양식에 서명함으로써 본인은 캘리포니아 주에서 발급한 면허가 있으며 위에 제공한 모든 정보가 정확한 것임을 증명합니다.

이름:	직위:
주소:	
전화 #:	팩스#:
서명:	날짜:
전문직 면허번호:	면허 당국:

이 양식을 1 페이지에 기재된 IHSS 담당워커에게 돌려 보내주십시오.